

大郷町若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付請求書

年 月 日

大郷町長 殿

申請者 住 所
氏 名
(利用者との続柄：)
(電 話 番 号：)

年 月 日付 第 号で利用決定を受けた、大郷町若年がん患者在宅療養支援事業を利用したので、下記のとおり助成金を申請します。

記

1 利用者の氏名及び生年月日

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用者氏名			

2 請求金額（自己負担分を除く）

（ 年 月～ 年 月分） 金 _____ 円

3 助成金振込先

銀行の名称	本・支店名	種 目	口座番号			
		1 普通預金				
		2 当座預金				
		3 その他				
フリガナ						
口座名義人						

4 添付書類

- 大郷町若年がん患者在宅療養支援事業実施報告書（様式第9号）
- 交付申請を行う費用に係る領収書等の写し
- 振込先口座が分かる書類（通帳、キャッシュカード等の写し）
- 委任状（様式第10条） ※代理人が請求をする場合